

DIAGNÓSTICO E ATENDIMENTO AO AUTISTA

Inajara Teresinha da Costa Prestes Carvalho ¹

RESUMO

Este artigo é um estudo bibliográfico de revisão de literatura que tem por objetivo informar os leitores sobre o autismo, possibilitando uma reflexão sobre as possibilidades de desenvolvimento das crianças com necessidades especiais e síndromes e quadros psicológicos, neurológicos ou psiquiátricos, com autismo, que ocasionam atrasos no desenvolvimento e prejuízos no relacionamento social em graus que requerem atendimento educacional especializado. O interesse pelo tema surgiu porque trabalho na associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de Registro/SP (APAE) desde 2009. Através das leituras e análises realizadas podemos concluir que o autismo aparece nos primeiros anos de vida, proveniente de causas genéticas ou por uma síndrome ocorrida durante o período do desenvolvimento da criança. O mesmo possui no seu aspecto as incertezas que dificultam, na maioria dos casos, um diagnóstico precoce. Ele tem demandado estudos e indagações, permanecendo ainda desconhecido de grande parte dos educadores. Não há um padrão fixo para a forma como ele se manifesta, e os sintomas variam grandemente.

Palavras chaves: Autismo; Sintomas; Diagnóstico.

ABSTRACT

This article is a bibliographic review of literature that aims to inform readers about autism, allowing a reflection on the possibilities of development of children with special needs and syndromes and psychological, neurological or psychiatric conditions with autism that cause delays in the development and losses in the social relationship in degrees that require specialized educational service. The interest in the topic came about because I worked in the Association of Parents and Friends of the Exceptional Registry / SP (APAE) since 2009. Through the readings and analysis we can conclude that autism appears in the first years of life, from genetic causes or by a syndrome during the child's developmental period. The same has in its aspect the uncertainties that hinder, in most cases, an early diagnosis. He has demanded studies and inquiries, remaining unknown to most educators. There is no fixed pattern for how it manifests itself, and symptoms vary greatly.

Keywords: Autism; Symptoms; Diagnosis.

¹ Diagnóstico e atendimento ao autista: Artigo. Políticas Públicas Educacionais. Universidade Cruzeiro do Sul. Miracatu, SP, 2016.

INTRODUÇÃO

A presente pesquisa foi elaborada com base no diagnóstico do autismo. Procuramos fazer uma análise bibliográfica de revisão de literatura, relacionando e refletindo sobre nossa prática. O interesse pelo tema surgiu porque trabalho na associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de Registro/SP (APAE) desde 2009, onde faço parte da equipe multidisciplinar da instituição e recebemos crianças e adolescentes com aspecto autista para avaliação diagnóstica.

A partir da escolha do tema, a necessidade de estudar e pesquisar para obter maior conhecimento sobre o autismo.

Após a escolha, especificação e delimitação do assunto, foi iniciado um estudo referente à pesquisa bibliográfica no qual este trabalho se embasará.

Atuando como psicóloga na entidade, percebi que deveria aprofundar-me no entendimento dessas dificuldades e questionamentos quanto ao diagnóstico da criança com autismo.

Percebi também, que o momento do diagnóstico é, geralmente, muito importante para toda a família.

As famílias de pessoas com autismo recordam-se na maioria das vezes, com detalhes, do momento em que lhes foi revelado o diagnóstico do filho.

Emoções conflitantes costumam tomar conta dos pais neste momento. Alguns sentem alívio por finalmente possuir um caminho para seguir. Outros transferem para o profissional que deu a notícia, toda a revolta pelo fato do filho apresentar um problema tão difícil e desafiador. Mas de modo geral, não é sem dor que se recebe o diagnóstico de autismo. É preciso que aproveitemos esses momentos para mobilizar nas famílias o que têm de melhor para ajudar a criança autista que está sendo diagnosticada.

Devemos acrescentar sempre ao diagnóstico, um plano de ação detalhando, para fazer frente às dificuldades específica da criança.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O autismo é um transtorno que associa algumas dificuldades da criança em termos de interação social e comunicação, bem como um repertório restrito de atividades e interesse (DSM IV - TR, 2002).

O autismo é uma desordem severa do desenvolvimento neurobiológico, caracterizado pela presença de alterações no comportamento social,

dificuldades na comunicação e no repertório de atividades, além de interesses restritos. O diagnóstico do autismo e seus critérios diagnósticos para as desordens geralmente classificadas no espectro autístico, incluindo os Transtornos Globais do Desenvolvimento, não mudaram muito nos últimos anos dentro das estruturas propostas pelo DSM IV e CID-10 (GILLBERG, 1990; VOLKMAR et al., 2004).

Leia-se repertório restrito não como algo negativo que dá ideia de déficit, mas como a forma encontrada pela criança de, por exemplo, através da incessante repetição de uma atividade, fazer com que as coisas não mudem de lugar, não sejam substituídas, o que poderia lhe causar ansiedade e confusão em função de que seu mundo simbólico e imaginário é precário; sendo assim, torna-se difícil para ela compreender que as coisas mudam de lugar, mas continuam sendo as mesmas coisas; por esse motivo fala-se que os autistas resistem a alteração na rotina.

De acordo com Fonseca (2009), os autistas são crianças que apresentam atrasos na linguagem ou ausência do desenvolvimento da fala, o que às vezes dificulta a manutenção de um diálogo. Os autistas poderão apresentar ecolalia que é a repetição do que alguém acabou de dizer, incluindo palavras, expressões ou diálogos.

A ecolalia deverá ser atendida como um importante processo na tentativa de a criança começar a falar. É repetindo o que os outros dizem que a criança a fazer um estoque de memória dos sons das palavras para compreender o uso que é feito dessas palavras.

Em relação ao campo da fantasia, a imaginação também parece estar comprometida, uma vez que as brincadeiras de faz de conta ou esconde-esconde nos primeiros anos de vida encontra-se empobrecidos ou inexistentes. Sabemos que essas brincadeiras são extremamente importantes, pois são ferramentas de que a criança dispõe para elaborar conflitos, dificuldades e medos próprios do processo de crescimento.

Uma característica interessante do pensamento autista é que são sujeitos que não compreendem metáforas, ou seja, uma não pode representar ou coisa, ela tem um significado fechado, real, petrificado.

Em 1942, Kanner descreveu, sob o nome: "Distúrbios autísticos do contacto afetivo", um quadro caracterizado por:

- Autismo extremo;
- Obsessividade;
- Estereótipos;
- Ecolalia.

Segundo Kanner (1942), esse conjunto de sinais foi por ele visualizado como uma doença específica relacionada com fenômeno da linha esquizofrênica.

Em trabalho de 1956 continuou descrevendo o quadro como uma psicose, referindo que todos os exames clínicos e laboratoriais foram incapazes de fornecer dados consistentes associados com sua etiologia e insistir em diferenciá-lo dos quadros deficitários sensoriais como a afasia congênita, e dos quadros ligados às oligofrenias, novamente considerando-o uma verdadeira "psicose" (KANNER, 1956).

As primeiras alterações dessa concepção, surgiram a partir de Ritvo (1976), que passou a considerá-lo como uma síndrome, relacionada não a uma psicose, mas sim a um distúrbio do desenvolvimento. Dessa maneira, a relação autismo - deficiência mental - passou a ser cada vez mais considerada, levando-nos a uma situação que podemos considerar conflitante entre as classificações francesa, americana e da Organização Mundial da Saúde.

CAUSAS DO AUTISMO

Do ponto de vista biológico, a neurologia considera que o autismo é uma síndrome comportamental, isto é, que há um conjunto de sintomas que permitem incluir a criança na categoria diagnóstica de “autismo”.

As causas que determinam a origem do mesmo são variadas sempre e quando há um denominador área do sistema nervoso (que dá origem a esses sintomas). Embora as causas da produção de diferentes quadros neurológicos (tais como retardo mental, paralisia cerebral infantil ou disfasia) possam ser semelhantes às expressões sintomáticas variam de acordo com a área do sistema nervoso, que está comprometida, ou seja, uma mesma lesão encefálica dá origem a diferentes quadros dependendo da área específica afetada.

Por outro lado, várias causas podem provocar o mesmo quadro (causas genéticas, agressões intrauterinas, perinatais, etc.). Como resultado, existem várias causas que podem originar um quadro autista e muitas formas da síndrome se apresentar. Ao considerar o autismo uma síndrome, ele é diferenciado da psicose.

MANIFESTAÇÃO DOS SINTOMAS

As manifestações ou sintomas do autismo, aparecem sempre antes dos três anos de idade e, ocasionalmente, desde o nascimento, embora no primeiro ano sejam pouco perceptíveis, tornando difícil o diagnóstico do autismo neste momento da vida.

De acordo com Mello (2007), atualmente, existem estudos que permitem encontrar modos de detectar o autismo precocemente a partir do conhecimento de "como" vai constituindo o autismo simultaneamente ao desenvolvimento gestacional. Desta forma, a síndrome poderia ser identificada ainda no útero.

Há algumas crianças em que o autismo se manifesta após um período de desenvolvimento "aparentemente normal". Isso é chamado de regressão. Já que. Logo após uma aparente aprendizagem, e a comunicação social e o jogo voltam a um momento em que tais aquisições não foram aprendidas. Esta regressão, geralmente, ocorre entre o primeiro ano de vida.

Em qualquer caso, os primeiros sintomas do autismo são frequentemente pouco claros. No entanto, incluem características particulares no que diz respeito a:

- Linguagens: comunicação verbal (falada) e não verbal (não falada), como apontar, sorrir, olhar nos olhos, fazer gestos;
- Comportamento social: interações sociais, como compartilhar com os outros seus sentimentos, emoções e pensamentos e ou compreender o dos outros; manter uma conversa; firmar ao longo do tempo uma atividade social;
- Comportamento relacionados com objetos e rotinas: comportamento estereotipados, como repetir certas ações ou palavras; brincar repetidamente com certos brinquedos ou objetos, ou brincar raramente.

Em pais e parentes, é frequente que estes sintomas provoquem um sentimento de intranquilidade e medo. Muitas vezes, a primeira coisa que se observa é uma grande passividade na criança, com tendência para permanecer alheia ao meio, absorta em si mesma, aparentemente insensível as pessoas e coisas que existem ao seu redor. Em outras ocasiões, a criança se mostra, pelo contrário, muito excitável e chora quase que constantemente e sem nenhuma "razão aparente".

Os pais, frequentemente, têm como primeiro medo o de a criança ser surda, devido à linguagem e sua falta de interesse pelas pessoas, mas a surdez aparente é acompanhada por outros sintomas. Portanto, muitas vezes, o campo das diferentes ações da criança se limita cada vez mais, tornando-se "estereotipadas" traduzindo-se em

movimentos "estranhos" e repetitivos com as mãos, os olhos, cabeça, ou o corpo todo (por exemplo, balançando repetidamente). Ao mesmo tempo, os comportamentos mais "positivos" (seus jogos, imitações, gestos comunicativos), não chegam a desenvolver-se, ou perdem-se progressivamente.

Quase sempre, esses primeiros "sintomas" são acompanhados por outras alterações muito perturbadoras para as pessoas que rodeiam a criança, como os persistentes problemas de alimentação, falta de sono, excitabilidade dificilmente controlável, medo anormal de pessoas e lugares estranhos, tendência a não olhar as pessoas e a evitar ou permanecer indiferente a abraços e carinhos.

É comum que, desde cedo, a criança mostre uma resistência à mudança de ambientes e rotinas habituais, reagindo a isso com fortes birras e tentando evitar qualquer tipo de alterações.

É como se pretendesse manter o ambiente sempre constante. Esses sintomas é o mais característico, junto com o isolamento, o ato de evitar as pessoas ou ser indiferente em relação a elas. Muitas vezes se diz que a criança está dentro de uma "redoma de cristal", uma espécie de muralha invisível que a separa das pessoas.

A comunicação intencional, ativa e espontânea que geralmente se desenvolve em uma criança normal de oito ou nove meses, através de seus gestos e vocalizações pré-linguísticas, é muito perturbada ou limitada em crianças com autismo. A ausência do sorriso social, olhar as pessoas, gestos e vocalizações comunicativas, a falta de apego, são as características mais evidente de seu comportamento.

Estas dificuldades se manifestam mais claramente a partir de um ano e meio ou dois anos, idade em que as crianças tendem a ter progressos muito rápidos na aquisição da linguagem em palavras. Muitas vezes acontece que, nesta época do desenvolvimento da linguagem, a criança se mostra ainda mais isolada, excitada, presa a estereotipias ou comportamentos rituais, falta de jogo simbólico, incomunicabilidade e não desenvolve a linguagem ou adquire uma linguagem muito perturbada.

Às vezes, pode chegar a dizer palavras repetitivamente e sem sentido, ou então permanecer muda; algumas crianças adquirem uma extraordinária lentidão, uma linguagem mais funcional. Além disso, não parecem estar interessadas na linguagem dos demais e, muito frequentemente, não compreendem mais do que ordens muito simples ou rotinas repetidas. Às vezes parecem não compreender nada.

É importante lembrar que as alterações e raridades da linguagem se dão de uma maneira ou de outra, em todas as crianças com autismo, ou seja, isso é um dos critérios utilizados para diagnosticar a doença.

Muitas vezes, um atraso na fala a partir dos dois anos de idade é o que dá o sinal de alerta aos pais, mesmo quando muitos outros sintomas possam ter estado presente antes. Algumas crianças com autismo tem um desenvolvimento aparentemente normal que chega até a aquisição de uma linguagem funcional, mas que logo se perde ou altera.

Para o Manual de Diagnóstico e Estatística dos transtornos mentais (DSM-IV), o autismo é uma categoria de transtornos, em vez da presença ou ausência absoluta de determinado tipo de comportamento ou sintoma. O DSM-IV utiliza os termos “transtorno generalizado do desenvolvimento” (P.D.D., por sua sigla em inglês) e “transtorno do espectro autista (ou A.S.D., por sua sigla em inglês) para descrever as cinco variações de comportamento autista. A classificação Internacional de Enfermidades (CIE), publicada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), tem oito variações de transtornos generalizados do desenvolvimento.

As diferentes manifestações e os diferentes momentos em que a síndrome se expressa variam de acordo com a constituição de matrizes, singulares para cada pessoa.

O autismo afeta cada pessoa de uma forma diferente:

- Devido a que as pessoas com autismo apresentam muitas similitudes e muitas diferenças entre si, os profissionais consideram o autismo como uma síndrome ou quadro, ou seja, ao invés de ser somente uma condição, o autismo é um grupo de condições com uma gama de características similares, um conjunto de sinais e sintomas.

Alguns especialistas utilizam o termo transtornos do espectro autista (ou A.S.D., em sua sigla em inglês) para descrever pessoas com sintomas leves, severos ou com sintomas que se encontram os dois termos.

É possível começar a identificar características autistas desde quando o bebê está muito pequeno, mas também é possível que tais características tornem-se evidentes mais tarde.

A síndrome do autismo aparece antes dos trinta meses. Perante a dúvida ou a presença do menor indicio, é necessário solicitar uma consulta profissional. Devido as características particulares em que se desenvolve a síndrome, é muito comum que os pais comecem a se preocupar no momento em que deveria aparecer a linguagem em palavras. Muitas vezes, é a escola que nota essa dificuldade.

O eletrencefalograma (EEG) foi um dos primeiros exames neurofisiológicos estudados no autismo. Sabemos que há elevado índice de anormalidades biolétricas e de epilepsia em casos de autismo, e estes dados podem ser usados como mais um argumento a favor de uma base biológica para o autismo.

Em anos recentes, com o advento dos métodos de diagnóstico por imagem, várias anormalidades foram descritas no autismo; porém, como podemos observar pelo estudo de vários trabalhos, nenhuma pode ser demonstrada em todos os casos, e, quando presentes, não são específicas. Resultados discrepantes têm sido bastante frequentes.

Já se descreveram anormalidades do córtex cerebral, tálamo, gânglios da base e tronco cerebral. Uma das alterações mais frequentes relatadas é a redução do volume do cerebelo (Courchesne, 1991). Segundo alguns achados, esta redução volumétrica seria decorrente de uma hipoplasia, e não de uma lesão adquirida.

Courchesne e colaboradores (1994) afirmam que a única anormalidade neurobiológica conhecida que precede o início dos sintomas autísticos é a perda de células de Purkinje, que afeta de modo mais evidente os lobos VI-VII e VIII-X do verme cerebelar posterior. Esta perda chega a 50%-60% no verme e a 40%-50% nos hemisférios cerebelares. Esta perda neuronal importante é que levaria à hipoplasia cerebelar que pode ser observada e quantificada pela ressonância nuclear magnética. Segundo trabalho de Artken (1991), a tomografia computadorizada evidenciou a região parieto-occipital esquerda como sendo maior do que a direita em 57% de pacientes autistas, 23% de indivíduos com deficiência mental (sem autismo), e em 25% de pacientes controle.

Gaffney e Tsai (1987) já haviam descrito, anteriormente, heterotopia da substância cinzenta em um paciente autista.

De modo geral, podemos dizer que os resultados obtidos com o emprego dos métodos de neuroimagem têm demonstrado vários tipos de anormalidades, apesar de os resultados serem discrepantes e heterogêneos. É possível que tais discrepâncias se devam a vários fatores, tais como critérios diversos para definir os grupos estudados, falta de homogeneidade na interpretação dos resultados, e falta de normalização de alguns parâmetros destes exames em crianças.

Os resultados obtidos com a Tomografia por Emissão de Pósitrons (PET) em casos de autismo ainda devem ser recebidos com cautela, em função do pequeno número de pacientes estudados e das inconsistências entre os trabalhos até agora publicados.

Em um dos estudos, Rumsey e colaboradores (1985) estudaram dez pacientes autistas adultos com boa inteligência. Descreveram aumento na utilização da glicose no córtex frontal, temporal e occipital, bem como no hipocampo, núcleos da base e tálamo. Notaram certa superposição dos resultados obtidos nos autistas e em indivíduos normais.

Estudos realizado posteriormente por Horwitz e colaboradores (1987) revelou menores correlações inter-hemisféricas entre áreas homólogas do lobo frontal e parietal, e correlações inter-hemisféricas diminuídas entre os lobos frontal e parietal e o neocórtex e tálamo nos autistas comparados com um grupo controle. Este aumento no metabolismo da glicose e a diminuição nas ligações funcionais com áreas corticais de associação podem ser manifestações adicionais de um processamento de informações menos eficiente no autismo.

Estudos realizados em anos recentes têm procurado estabelecer algum tipo de relação entre autismo e eventuais alterações no nível de um ou mais neurotransmissores. Há uma série de questões que os pais, professores e outros que cuidam de crianças podem observar e perceber se o indivíduo tem autismo. Os seguintes indicadores podem ser considerados sinais úteis, para se verificar se a pessoa tem autismo ou algum transtorno relacionado com a comunicação.

MÉTODO

No desenvolvimento desse trabalho utilizamos o método de pesquisa científica, quanto a sua natureza utilizou-se a pesquisa básica com predominância a fundamentação teórica. Quanto aos objetivos prevaleceu à modalidade de pesquisa exploratória para proporcionar maior familiaridade com o problema, e fazer um estudo mais detalhado do tema. Foi utilizada a Pesquisa Bibliográfica, quanto aos procedimentos.

Qualquer espécie de pesquisa, em qualquer área, supõe e exige pesquisa bibliográfica prévia, quer a maneira de atividade exploratória, quer para o estabelecimento de status questionis, quer para justificar aos objetivos e contribuições da própria pesquisa (RUIZ, 2002, p. 57).

A pesquisa bibliográfica é de grande relevância para o desenvolvimento de determinadas investigações científicas, pois após a escolha do tema foi necessário fazer uma revisão de bibliográfica do assunto, utilizando livros, periódicos, correio eletrônico, ou seja, material já publicado por pesquisadores que se debruçaram sobre o estudo do tema em questão.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A concepção que se pode ter atualmente acerca do autismo é de que se trata de uma condição inespecífica, caracterizada pela presença de alterações nas áreas da interação social recíproca, comunicação e comportamento, e originada por disfunção neurobiológica presente desde os primórdios do desenvolvimento.

O autismo nesta visão, uma conjugação peculiar de comportamentos que poderia estar associada a várias condições mórbidas que teriam em comum o fato de terem determinado certas alterações encefálicas durante o primeiro trimestre de gestação.

Caso esta hipótese seja verdadeira, poderíamos interpretar os diferentes graus de envolvimento clínico que observamos nos casos de autismo como decorrência do comprometimento maior ou menor do encéfalo.

Usualmente se consegue fazer o diagnóstico de autismo por volta dos cinco anos de idade, muito embora bem antes, em geral, já possamos encontrar evidências que nos permitem levantar a suspeita do quadro, na possibilidade de estarmos frente a uma criança com autismo, deveremos submetê-la a um amplo protocolo de investigações para identificar, quando presente, alguma condição clínica de base. Outra finalidade da investigação laboratorial será a de tentar identificar algum prejuízo associado, como perda auditiva, comprometimento visual ou outro.

Sobre essas pesquisas estabelecem-se então estruturas diagnósticas. Portanto, se faz necessário os encaminhamentos após o diagnóstico de autismo para outros profissionais tais como: Terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, neurologistas, geneticistas, psicólogos, psicopedagogos, nutricionistas e outros que se fizerem necessário.

Levantada a suspeita e concluída a fase de investigação, caberá ao profissional sugerir aos familiares qual a melhor conduta a ser tomada com relação ao tratamento (psicológico, fonoaudiólogo, psiquiátrico, neurológico, pedagógico, etc.).

É essencial também, que a criança e a sua família sejam encaminhadas para a eliminação de problemas de comportamento da criança. Desse modo, pode-se assegurar que todas as diferentes áreas em que a criança apresente problemas serão efetivamente investigadas e tratadas. As avaliações psicológicas anuais são também recomendadas para que se possa monitorar o progresso da criança ao longo dos anos auxiliar na revisão dos programas e intervenções recebidas por ela.

Dentre as muitas coisas que precisam passar a ter significado para as crianças autistas, muitas outras, como por exemplo, sua percepção pessoal, precisa ser apropriada, compreendidas e respeitadas por nós.

Portanto, podemos concluir que as crianças autistas apresentam índices de desenvolvimento adaptativo inferiores comparadas com crianças não autistas. Assim, se as considerássemos em termos de funcionalidade poderíamos supor que essas crianças apresentam sua qualidade de vida comprometida. Dessa forma, quando avaliadas em termos de percepção pessoal apresentam índices de desenvolvimento iguais as crianças não autistas, e o que importa não é o autismo em si, mas a forma como a criança o encara, nos redimensionando para uma nova leitura dos modelos de atenção à criança autista.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAGÃO, R. O. **Transtornos mentais: detecção e prevenção na criança e no adolescente**. In: Revista Latinoamericana de Psicopatologia fundamental. Vol. VIII, nº 3. São Paulo, 2005.

ASSUMPÇÃO JUNIOR, F. B. **Autismo Infantil: Novas tendencias e perspectivas**. Atheneu, 2007.

ASSUMPÇÃO, FB, Kuazynski E. **Autismo infantil, transtorno bipolar e retardo mental em portadores de síndrome de rubéola congênita**. Arquivos de neuropsiquiatria (2002).

BARON-COHEN, S. (2000). **Theory of mind and autism: a fifteen years review**. Em S. Baron-Cohen, H. Tager-Flusberg & D. J. Cohen (orgs). **Understanding other minds: perspectives from developmental cognitive neuroscience** (pp. 3- 20). London: Oxford University Press.

BRYSON, S.E. **autism asctrum disorders: early detection, intervention, education, and psychopharmacological management**. Can Journal Psychiatry, 2003.

BULLINGE, M. **quality of life in children and families with bleeding disorders**. J. Pediatr Hermatol Oncol, 2003.

CAPELLINI, V. L. M. F.; ZANATA, E.M.; PEREIRA, V. A. **Práticas educativas: ensino colaborativo**. In: CAPELLINI, V. L. M. F.; RODRIGUES, O.M.R. (Org.). **Práticas em educação especial e inclusiva na área da deficiência mental**. Bauru: MEC/FC/SEE, 2008.

CARPENTER, M. **Interrelations among social cognitive skills in Young children with autism**. Journal of Autism and Developmental Disorders, 2002.

CASTRO, E.K. **Implicações da doença orgânica crônica na infância para as relações familiares: algumas questões teóricas.** Psicologia: Reflexão e Crítica, 2002.

DONATI, G.F.R.; EALTER, C.C.F. **Ampliando a conceituação de TGD por meio da descrição de características.** Marília: AVA Moodle Unesp (Edutec), 2014.

DSM IV - TR. **Manual diagnóstico estadístico de los transtornos mentais.** 2002.

ELIAS, A. V.; Junior, F. B. Assumpção. **Qualidade de vida e autismo**, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em: 16/maio/2016.

FACION, J. R. **Transtorno do desenvolvimento e do comportamento.** Curitiba: IBPEEX, 2007.

FONSECA, V. R. J.R. **O autismo e a proposta psicanalítica.** In: Revista mente e cérebro. Col. Memória de Psicanálise: Melaine Klein, nº 4, 2ª ed. São Paulo.

GILBERG.C Et all. (1990), under age 3 Years: **A Clinical Study of 28 cases Referred for Autistic Symptoms in Infancy.** Jornal of Child Psychology and. Psychiatry.31, 99-119.

GONÇALVES, T. M.; PEDRUZZI, C. M. **Levantamento de protocolos e métodos diagnósticos do transtorno autista aplicáveis na clínica fonoaudiológica: uma revisão de literatura**, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em: 15/maio/2016.

KLIN, A. **Autismo e Síndrome de Asperger: uma visão geral.** Revista Brasileira de Psiquiatria, v. 28, p. 3-11, 2006.

LANDOLT, M.A. **Quality of life and psychologic adjustment in children and adolescents with early treated phenylketonuria can be normal.** The Journal of Pediatrics, 2002.

MINK, J. W.; MANDELBAUM, D. E. **Estereotípias e comportamentos repetitivos: avaliação clínica e base cerebral.** In: TUCHMAN, R.; RAPIN, I. **Autismo: abordagem neurobiológica.** Trad. Denise Regina de Sales. Porto Alegre: Armed, 2009.

MOES, D.R. FREA W.D. **Contextualized behavioural support in early intervention for children with autism and their families.** Journal of Autim and Developmental Disorders, 2002.

MOMO, A.; SILVESTRE, C. **Integração sensorial nos transtornos do espectro do autismo.** In: SCHWARTZMAN, J. S.; ARAUJO, C. **Transtornos do espectro do autismo.** São Paulo: Memnon, 2011.

OLIVEIRA, A. A. S. **Formação de professores em educação especial: a busca de uma direção.** In: MENDES, E. G.; ALMEIDA, M. A.; WILLIAMS, L. C. A. **Temas em educação especial: avanços recentes.** São Carlos: EDUFSCar, 2009.

OMS - **Classificação internacional das doenças**, 10 ed (CID 10), Porto Alegre: Artes Médica, 1993.

PEREIRA, A.; RIESGO, R. S.; WAGNER, M. B. **Autismo infantil: tradução e validação**. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em: 17/maio/2016.

RITVO ER. THE UCLA - **University of Utah Epidemiologic survey of autism the etiology**, 1990.

SCHEUER, C. I.; ANDRADE, R. V. **Teorias cognitivas e autismo**. In: ASSUMPÇÃO, 2002.

SCHWARTZMAN, J.S. **Autismo Infantil**. São Paulo. Memnom, 2003.

SPROVIERI, M. H. S. **Dinâmica familiar de crianças autistas**. Arquivo de Neuropsiquiatria, 2001.